

前列腺单发神经纤维瘤一例

谭艳

【中图分类号】R737.25; R730.264; R445.2; R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2013)10-1092-02

【关键词】前列腺肿瘤; 神经纤维瘤; 体层摄影术, X 线计算机; 磁共振成像

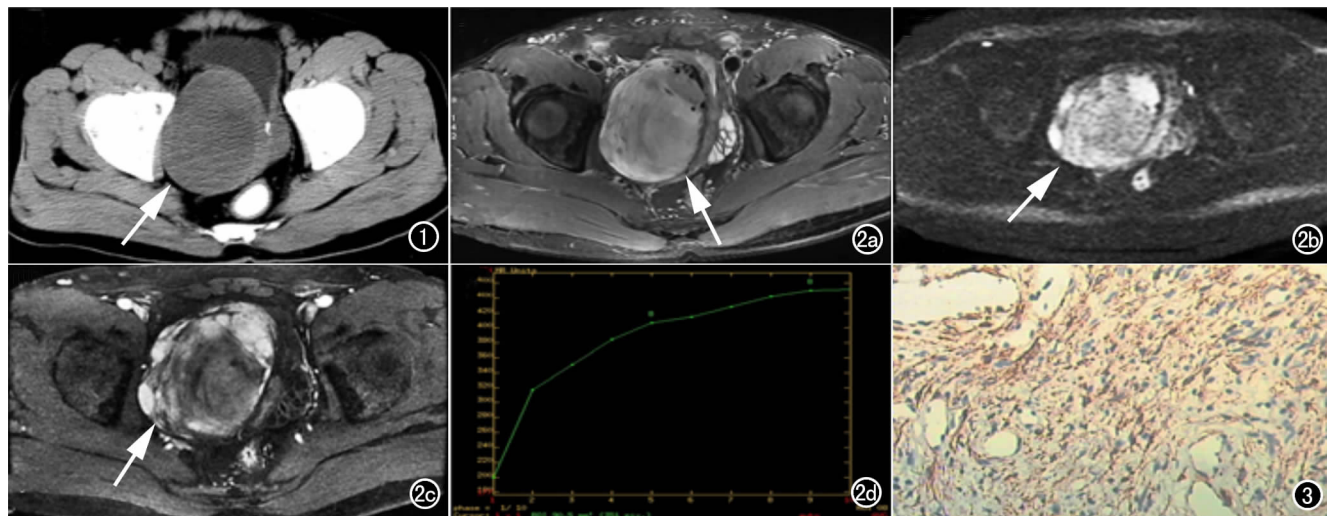


图 1 盆腔 CT 平扫。前列腺区肿块(箭), CT 值 23~47 HU, 内有分隔及点状钙化灶(长箭)。图 2 盆腔 MRI 平扫加动态增强扫描。a) 前列腺区肿块呈稍长 T_2 信号(箭); b) DWI (b 值 = 800 s/mm^2) 呈高信号(箭); c) MRI 增强延迟期肿瘤呈渐进性明显强化(箭); d) 时间-信号强度曲线呈渐增型。图 3 肿瘤组织免疫组化染色($\times 200$), Vim(+)。

病例资料 患者,男,44 岁。无明显诱因尿线变细、滴沥,排尿困难 4 年,无法自主排尿 1 个月就诊,不伴有尿痛及肉眼血尿。体查:无明显特殊。实验室检查:血常规、尿常规、肝功能及肾功能正常。肿瘤标记物(前列腺特异性抗原、癌胚抗原、癌抗原 125、癌抗原 19-9、甲胎蛋白)无异常。否认神经纤维瘤病史及家族史。

影像检查:彩超示盆腔右后方实性占位,约 $9.5 \text{ cm} \times 7.6 \text{ cm}$,内有血流信号。CT 平扫示前列腺区肿块,约 $8.0 \text{ cm} \times 9.7 \text{ cm} \times 9.3 \text{ cm}$,CT 值 23~47 HU,内有分隔及点状钙化灶(图 1)。MRI 示前列腺区肿块,约 $10.1 \text{ cm} \times 6.9 \text{ cm} \times 9.7 \text{ cm}$,呈短 T_1 稍长 T_2 信号, T_2 抑脂序列有团片状低信号影(图 2a),DWI (b 值 = 800 s/mm^2) 呈高信号(图 2b),瘤内及瘤周有线状流空信号影,ADC 图呈高信号,右侧精囊腺显示不佳。MRI 增强动脉期肿瘤周边有结节状强化,静脉期及延迟期(图 2c)肿瘤呈渐进性明显强化,边界清晰,动态增强曲线的时间-信号强度曲线呈渐增型(图 2d)。穿刺及病理结果:前列腺右叶穿刺获得灰白色小组织条 5 条,分别行 HE 染色及免疫组化检查。HE 染色可见疏松排列的纺锤状神经细胞及粘液基质,肿瘤组织免疫组化示:Vim(++) (图 3),S-100(++),CD34(++),MBP(+),而 Ki-67(+)<1%。病理诊断:神经纤维瘤并粘液变。

讨论 神经纤维瘤(neurofibroma, NF)起源于神经鞘,常累及皮肤,起源于盆腔内脏的 NF 十分少见,前列腺来源尚未见报

道。该肿瘤生长缓慢,患者多无明显症状,偶有因肿瘤压迫周围组织或器官引起疼痛、不适等^[1]。本例是以肿块压迫尿路,引起排尿困难,病程达 4 年。临床实验室检查无明显特殊。影像检查是发现及评价 NF 的主要方法,分为弥漫型及单发型两种类型。前者常与神经纤维瘤病有关并伴皮肤多发 NF。本例为单发型,患者无神经纤维瘤病史及家族史。B 超显示单发神经纤维瘤多为低回声,边界清晰,CDFI 显示内部血流信号丰富^[2]。NF 平扫 CT 值 20~25 HU,与含脂质丰富的施旺细胞有关;增强扫描时 CT 值为 30~50 HU,与胶原质密集带有关^[1]。MRI 显示肿瘤多呈长 T_1 长 T_2 信号,“靶征”为其特异性表现,肿瘤间质可以强化^[3-4]。我们报道的前列腺 NF 的影像表现与其它部位 NF 基本一致,但是该肿瘤在 T_1 WI 及抑脂 T_2 WI 均呈高信号, T_2 WI 抑脂序列肿块部分信号减低(推测为 NF 部分脂肪变性所致)。关于 NF 的 DWI 及 MRI 时间-信号强度曲线类型的没有报道,我们发现该例 NF 在 DWI 及 ADC 图上均呈高信号, MRI 时间-信号强度曲线呈渐增型。

本病从影像表现应与下列两类疾病鉴别。①前列腺增生:多发生在前列腺移行带,前列腺呈球形对称扩大,密度均匀,边缘光滑,向上推移膀胱底部形成“双叶”征,增强扫描无明显异常强化, MRI 时间-信号强度曲线早期增高后仍持续增高或者早期增高后出现平台期, MRS 示中央区枸橼酸盐(Cit)浓度显著升高,胆碱(Cho)峰水平上升且幅度小于 15%。②前列腺癌:多发生在前列腺外周带, T_2 WI 信号减低, MRI 时间-信号强度曲线为信号强度早期增高后出现下降, MRS 示 Cit 峰明显下降, Cho 峰升高。前列腺特异性抗原水平升高。本病例影像检

作者单位:410001 太原,山西医科大学第一临床医院影像科 MR 室

作者简介:谭艳(1982—),女,湖南桃江人,博士,主治医师,研究方向为腹部影像诊断。

查没有包含 MRS,但是其他 MRI 表现不具备这些特点。

参考文献:

[1] 赵亮,涂响安,丘少鹏,等. 肾上腺神经纤维瘤 1 例[J]. 临床泌尿外科杂志,2007,22(3):184.

[2] 田华晓. 睾丸鞘膜神经纤维瘤 1 例[J]. 临床泌尿外科杂志,2011,26(11):803.

[3] Meesa IR,Junewick JJ. Pelvic plexiform neurofibroma involving the urinary bladder[J]. Pediatr Radiol,2008,38(8):916.

[4] Wilkinson LM,Manson D,Smith CR. Plexiform neurofibroma of the bladder[J]. Radiographics,2004,24():S237-S242.

(收稿日期:2013-01-07 修回日期:2013-06-04)

• 病例报道 •

乳腺包虫病一例

韩莉

【中图分类号】R532.32; R655.8; R816.4 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2013)10-1093-01

【关键词】 乳腺疾病; 包虫病; 乳房摄影术

病例资料 患者,女,40岁,生活于牧区30年。患者于10年前无明显诱因发现右乳外上限可触及一核桃大小的肿物,活动度好,质地硬,无压痛无红肿,无乳头溢液溢血,未作任何治疗。10年来肿物未见增大。1周前出现右乳不适,感间断性钝痛,以夜间为甚,可自行缓解,无放射痛。右乳细胞学穿刺见大量坏死细胞,少量脓细胞,中性白细胞组织细胞。

双乳发育正常,双乳皮肤正常,右乳外上限可触及一3.0 cm×3.0 cm大小的肿物,表面光滑质地硬,活动度欠佳,压痛阳性,无乳头溢液溢血,右侧乳头内陷偏移,双腋下未触及肿大淋巴结影。X线钼靶:双乳呈脂肪退化性,其内见少量索条状腺体影,双乳内见颗粒状钙化,右乳外上限一哑铃状密度增高影,约5.0 cm×3.5 cm大小,肿物内蛋壳样钙化,肿物边缘尚光整(图1,2)。钼靶诊断:右乳肿物考虑良性。手术所见:取右乳外上限放射状切口5 cm,右乳外上限见4.0 cm×2.0 cm大小的肿物,边界清质地硬呈灰白色,与胸大肌无粘连浸润,活动度可,沿肿物边缘钝性分离,深达胸大肌筋膜层,直至完整切除肿物。病理:右乳囊性包虫病急性化脓性炎症,间质内见大量嗜酸性粒细胞浸润(图3,4)。

讨论 包虫病(Hydatid disease)是棘球绦虫之幼虫(棘球蚴)寄生于人体所致的寄生虫病,是牧业地区一种常见的地方

[3] Meesa IR,Junewick JJ. Pelvic plexiform neurofibroma involving the urinary bladder[J]. Pediatr Radiol,2008,38(8):916.

[4] Wilkinson LM,Manson D,Smith CR. Plexiform neurofibroma of the bladder[J]. Radiographics,2004,24():S237-S242.

(收稿日期:2013-01-07 修回日期:2013-06-04)

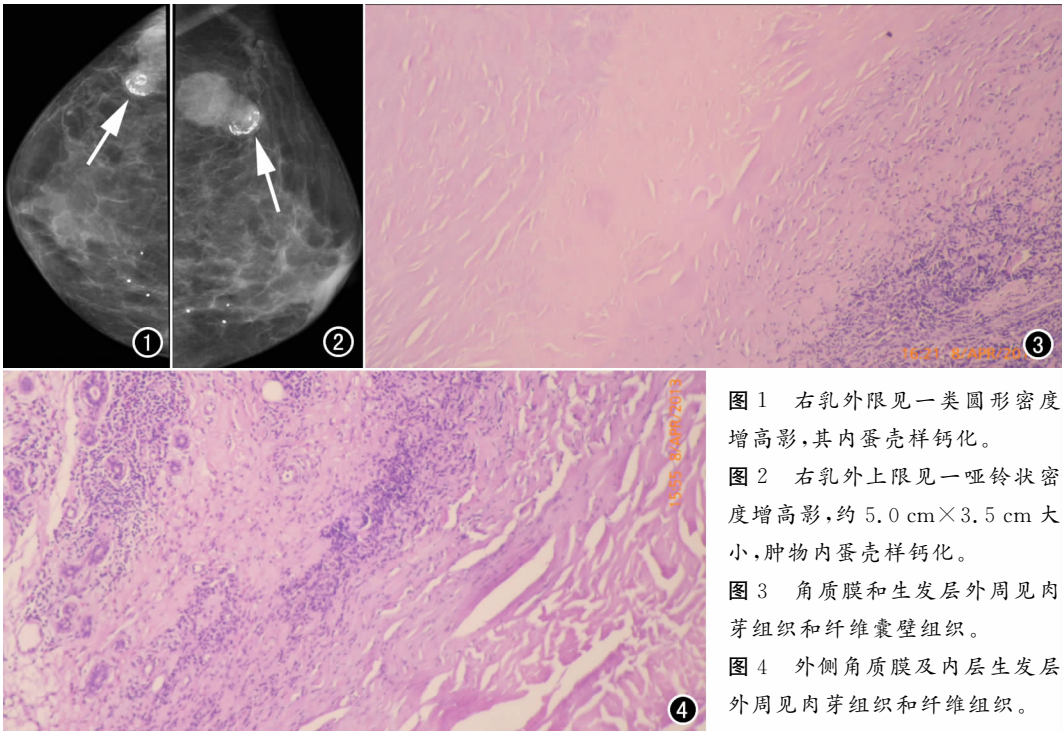


图1 右乳外限见一类圆形密度增高影,其内蛋壳样钙化。
图2 右乳外上限见一哑铃状密度增高影,约5.0 cm×3.5 cm大小,肿物内蛋壳样钙化。
图3 角质膜和生发层外周见肉芽组织和纤维囊壁组织。
图4 外侧角质膜及内层生发层外周见肉芽组织和纤维组织。

性寄生虫病。一般分为两种类型:细粒棘球绦虫的虫卵感染所致的单房型棘球蚴病,简称包虫囊肿,通称包虫病。多房泡球绦虫的虫卵感染引起的多房型棘球蚴病,通称泡型包虫病。本病发生在乳腺较为少见,多发生在肝、肺等部位较为多见。乳腺包虫是继发,多以单发为主,一般呈类圆形密度增高影,典型的肿块内可见蛋壳样钙化,病程越长蛋壳样钙化越多^[1]。乳腺组织松软,囊肿生长不受限制,囊肿有完整的包膜,触诊时,表面光滑,局部皮肤无粘连,活动度好。乳腺摄影避免压力过大造成包虫破裂,诊断时发现蛋壳样钙化,病变边缘光整,结合病史,做相应实验室检查以明确术前诊断。

参考文献:

[1] 曹莉. 乳腺包虫囊肿的钼靶X线诊断[J]. 实用放射学杂志,2004,20(7):641.

(收稿日期:2013-01-28 修回日期:2013-05-06)

作者单位:810001 青海,青海大学附属医院放射科
作者简介:韩莉(1970—),女,江苏人,副主任医师,主要从事乳腺诊断工作。